

ARTIGO ORIGINAL

Núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado da saúde da pessoa com deficiência

Family health support centers and the health care of the people with disability

Nátali Carina Dolvitsch Pfluck,¹ Cristine Maria Warmling²¹ Núcleo Regional da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, 1ª Coordenadoria Regional da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil.² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.Recebido em: 01/10/2017 / Aceito em: 21/12/2017 / Publicado em: 30/12/2017
natalipfluck@gmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar o processo de cuidado da saúde da pessoa com deficiência pelas equipes de NASF. **Método:** trata-se de um estudo de caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise e abordagem qualitativa. Os dados foram produzidos por meio da realização de grupos focais com equipes de NASF Tipo I de uma regional de saúde do Rio Grande do Sul. A análise dos dados baseou-se nos fundamentos epistemológicos da Análise do Discurso. O software QSR NVivo apoiou a organização e análise dos dados. **Resultados:** verificou-se que as equipes do NASF utilizam o apoio matricial como estratégia de gestão dos casos que prestam cuidado e reconhecem a potencialidade do trabalho interdisciplinar e da ação colaborativa para o apoio qualificado às equipes de Saúde da Família, bem como identificam ações voltadas para o cuidado da pessoa com deficiência. A maior demanda ao NASF encontra-se direcionada para a assistência especializada do usuário. As equipes não se utilizam suficientemente de ações de educação em saúde, embora reconheçam sua relevância para o trabalho de apoio matricial. **Considerações Finais:** conclui-se que há necessidade de ampliação de ações colaborativas e de cuidado compartilhado entre as equipes dos NASF e as Equipes de Saúde da Família. Estratégias de gestão e de educação permanente em saúde devem ser criadas para consolidar a gestão do apoio matricial ao cuidado da pessoa com deficiência.

Palavras-chave: Pessoas Com Deficiência; Sistema Único De Saúde (Sus); Equipe de Assistência ao Paciente; Política de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: the objective of this study was to analyze the health care process of the people with disability by the NASF teams. **Method:** this is a case study of single type, integrated, with multiple units of analysis and qualitative approach. The data were produced through the realization of focus groups with NASF Type I teams from a health region of Rio Grande do Sul. Data analysis was based on the epistemological foundations of Discourse Analysis. QSR NVivo software supported the organization and analysis of the data. **Results:** it was verified that the NASF teams use matrix support as a strategy of healthcare management for cases of care and that they recognize the potential of interdisciplinary work and collaborative action for qualified support to Family Health teams. They identify actions aimed at the care of the disabled person. The increased demand for NASF is directed to the user's specialized assistance. The teams do not make enough use of health education actions, although they recognize their relevance to matrix support. **Closing remarks:** it is concluded that there is a need for the expansion of collaborative actions and shared care between the NASF and the Family Health Teams. Management strategies and permanent education in health should be created to consolidate the management of the matrix support for the care of people with disability.

Keywords: Disabled Persons; Unified Health System; Patient Care Team; Health Policy; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas brasileiras voltadas às pessoas com deficiência surgiram inicialmente na década de 1990 com o Decreto nº 3.298/99 que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, embora já houvesse, desde a década de 1980, outros instrumentos legais que amparassem esse segmento da população desde a formulação da Constituição Nacional.

Amparado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, criada em 2002, o Brasil aprovou diversas portarias e decretos referentes a questões de saúde das pessoas com deficiência no âmbito SUS. A Convenção Mundial dos Direitos da Pessoa com Deficiência, ocorrida em 2007 em Nova York, também contribuiu para mudanças significativas coordenadas intersetorialmente no país. Em 2011, foi instituído o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite e, em 2015, criado o Estatuto da Pessoa com Deficiência, leis balizadoras das políticas públicas atuais.

No campo da saúde, as políticas públicas para as pessoas com deficiência devem contemplar a complexidade e especificidade desse cuidado e considerar o aumento do número de pessoas com deficiência (PcD), tendo em vista transformações demográficas e epidemiológicas da população. Ações de saúde fundamentadas no trabalho interdisciplinar constituem-se em pontos chave para um cuidado integral, humanizado e resolutivo.¹ As possibilidades de intervenção e apoio das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) podem ser um recurso precioso.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) destaca-se na atenção primária, visando ampliação e organização do acesso ao SUS, com o propósito de readequação do modelo de atenção.^{2,3} Para expandir a abrangência e a resolutividade das ações da atenção básica, com o apoio às Equipes da Saúde da Família (EqSF), em 2008 foram criados os NASF, hoje regidos pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.^{4,5} São estratégias que representam avanços no âmbito político e demandam geração de conhecimento para a implementação. Importa conhecer o processo de trabalho dessas equipes, especialmente como elas se relacionam com a Política da Pessoa com Deficiência e como o trabalho em equipe interfere no cuidado dessa população.

Quando relacionada à temática da pessoa com deficiência, a carência de informações sobre o cuidado dessas pessoas no SUS é ainda grande. Não há um volume significativo de publicações científicas que tratem do tema da Saúde da Pessoa com Deficiência relacionado a políticas públicas de saúde se comparado a outros temas ou políticas.⁶ Questões sobre a acessibilidade e barreiras arquitetônicas, sobre a resolutividade da rede de atenção, sobre o perfil dos usuários com deficiência no território ou mesmo sobre a competência das equipes em acolher e atender a demanda de saúde são importantes e precisam ser estudadas para ampliação dos recursos teóricos e técnicos.

Considerando-se o que foi exposto até o momento, o presente trabalho pretende colocar em análise o processo de cuidado da saúde da pessoa com deficiência pelas equipes de NASF em uma regional de saúde

do estado do Rio Grande do Sul. Espera-se trazer mais elementos para a discussão e elaboração de propostas de educação permanente em saúde sobre o processo de trabalho e o cuidado voltado às pessoas com deficiência. Salienta-se, neste sentido, a existência das estruturas dos Núcleos Regionais da Saúde da Pessoa com Deficiência (NURESPD) responsáveis pelo apoio aos municípios do estado do Rio Grande do Sul para a gestão da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise e abordagem qualitativa.⁷

Os cenários da pesquisa pertencem a três municípios de porte médio de uma regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Foram selecionadas todas as equipes de NASF Tipo I habilitadas pelo Ministério da Saúde nesta regional, no período da realização da pesquisa. O critério de escolha por NASF da categoria Tipo I ocorreu para oportunizar a participação de um maior número e variedade de profissionais por equipe. Pelas diretrizes nacionais, as equipes de NASF Tipo I devem possuir, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de categorias ocupacionais diferentes, dentre eles: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, educador físico, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional.⁴

Participaram da pesquisa um total de 17 profissionais de saúde que estavam atuando nas equipes de NASF selecionadas no momento da produção dos dados. Foram excluídos do estudo, os profissionais que estavam afastados, em gozo de férias ou licenciados por algum motivo e profissionais que não faziam parte do quadro efetivo.

Os dados foram produzidos por meio da realização de grupos focais com as equipes dos três NASF de Tipo I da regional. Os grupos ocorreram nos respectivos locais de trabalho das equipes, com data e horário pré-agendados. Tiveram duração de aproximadamente 1 hora, foram filmados e posteriormente transcritos. Cada grupo focal foi realizado com média de cinco especialidades profissionais diferentes.

Como estratégia para fomentar o debate e produzir a verbalização de situações vivenciadas na própria realidade da equipe, facilitando a compreensão do trabalho adotado na atenção à pessoa com deficiência, instigou-se as equipes para que apresentassem um caso em que prestaram apoio a uma EqSF relacionado ao cuidado de uma pessoa com deficiência.

A escolha do grupo focal como metodologia possuiu o objetivo de produzir a discussão em profundidade sobre os próprios processos de trabalho em equipe. Os participantes discutiram sobre os temas de forma livre, com pouca ou nenhuma intervenção da pesquisadora. A técnica do grupo focal propiciou a análise qualificada do processo de trabalho, pois permitiu a produção de um dado coletivo e não individualizado e possibilitou a compreensão do entendimento da equipe sobre as questões apresentadas. Gravar e filmar os grupos permitiu à

pesquisadora retornar ao discurso do grupo de forma mais precisa, quando necessário, durante o processo de análise dos dados,⁸ favorecendo também a condução e escuta atenciosa ao momento da discussão.

Os profissionais participantes também responderam a um questionário estruturado autoaplicado com o objetivo de levantar informações sobre percursos formativos e profissionais.

Os dados qualitativos oriundos dos grupos focais foram analisados a partir dos fundamentos da Análise do Discurso, pois se entende que a linguagem dos participantes está intrinsecamente ligada à realidade social.⁹ As falas dos participantes são compreendidas enquanto práticas discursivas, entendendo que o discurso apresenta em si as relações históricas e políticas às quais os sujeitos estão assujeitados. O discurso produz ações, “a linguagem é constituída de práticas” (p.197).¹⁰ O software QSR NVivo apoiou a organização e análise dos dados, principalmente na constituição das categorias de análise.

O estudo segue as recomendações e diretrizes éticas e legais necessárias à boa prática da pesquisa, conforme resolução CNS nº 466/2012.¹¹ Foi submetido à análise ética do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através da Plataforma Brasil, tendo recebido parecer substanciado aprovado sob o número 1.571.115. Todos os participantes desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de trabalho interdisciplinar do NASF baseado no apoio matricial

Equipes multiprofissionais qualificam a assistência quando norteiam ações para atender as necessidades de saúde de forma integrada, humana e em uma relação corresponsável entre os profissionais e usuários. Nesse sentido, o princípio da interdisciplinaridade é essencial para o trabalho das equipes de NASF. Interdisciplinaridade compreendida como ação integrada entre profissionais de diversas disciplinas que, com suas habilidades e competências individuais, interagem entre si em prol

de um objetivo em comum – o cuidado em saúde.^{12,13} O conceito dá suporte para o desenvolvimento de uma ferramenta inerente ao processo de trabalho nos NASF: apoio matricial.¹⁴

Os profissionais das equipes de NASF participantes do estudo apresentam características, percurso formativo e de trabalho que se aproximam. Os participantes possuem experiência prévia em serviços de saúde, incluindo CAPS, clínicas privadas, hospitais e também de trabalho autônomo. A média de tempo de vinculação aos NASF Tipo I estudados é de três anos e quatro meses (variou entre um mês a sete anos). Somente um participante informou já ter trabalhado em outro NASF anteriormente. Identificou-se que os participantes possuem um percurso formativo voltado para a saúde coletiva e com alto nível de qualificação. Dos 17 profissionais participantes, 16 possuem algum tipo de pós-graduação. Entre cursos de aperfeiçoamento, quatro participantes informaram ter realizado curso direcionado ao trabalho em NASF. Conforme descrito no Quadro 1.

O processo de trabalho das equipes de NASF estudadas está centrado no apoio matricial. As três equipes de NASF realizaram apoio às demandas de nove equipes de ESF cada uma, sendo esse o número máximo preconizado nas diretrizes.⁴ Nas práticas discursivas analisadas a diversidade dos territórios em que as equipes dos NASF estavam inseridas, assim como das próprias EqSF em que atuavam de forma integrada, geravam demandas muito diferentes entre si. Enquanto em algumas equipes os profissionais do NASF eram demandados aos estudos de casos, construção de planos terapêuticos individuais, interconsultas, visitas domiciliares em outras houve necessidade de intervir em fluxos e organização de trabalho interno e, até mesmo, apoio em dificuldades interpessoais da equipe básica. Esses dados corroboraram com o que demonstra a literatura sobre as diferentes possibilidades de ação em apoio matricial: da assistência especializada ao suporte técnico pedagógico.

O processo de implementação dos NASF é desafiador e impacta na dinâmica de funcionamento das equipes referências. Exige postura colaborativa dos envolvidos e reorganização das relações de trabalho e de gestão.

Quadro 1 - Perfil dos participantes da pesquisa.

Composição das equipes	Equipe A: 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social e 1 educador físico Equipe B: 2 psicólogos, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista e 1 assistente social Equipe C: 2 assistentes sociais, 2 nutricionistas, 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudiólogo e 1 educador físico
Sexo dos profissionais	88,2% feminino (n = 15)
Faixa etária	58,8% (n = 10) na faixa etária entre 31 e 40 anos Média de 39,2 anos (amplitude dos 26 aos 57 anos)
Região de origem do profissional	58,8% (n = 10) oriundos da Capital e Região Metropolitana 29,4% (n = 5) do Interior do Rio Grande do Sul 11,8% (n = 2) oriundos de outros estados do Brasil
Especialização (<i>latu sensu</i>)	76,5% (n = 13), sendo 7 com especialização em cursos ligados às áreas de Saúde Pública e Saúde Coletiva.
Residência em Saúde	41,2% (n = 7), sendo 4 com ênfase em Saúde Mental Coletiva, 2 em Saúde da Família e Comunidade e 1 em Pneumologia Sanitária
Mestrado	41,2% (n = 7), sendo 2 em Programas de Pós-Graduação da área de Saúde Coletiva.
Doutorado	Um participante informou ter concluído o Doutorado em Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

A predominância de demandas de Reabilitação por parte das EqSF para o NASF verificadas no estudo caracterizou-se inicialmente pela solicitação de atendimento clínico especializado. É a lógica do cuidado centrado na doença do modelo biomédico tradicional. Em consonância com as diretrizes do SUS para mudar o paradigma reabilitador, recomenda-se às equipes de NASF orientar a regulação de acesso à linha de cuidado, agenciar processos de educação permanente e produzir gestão do cuidado.¹⁵⁻¹⁷

As práticas discursivas das equipes do NASF relacionam desconforto perante as expectativas das EqSF em relação ao processo de trabalho do NASF, comumente direcionadas ao atendimento especializado. Compreendem como desconhecimento ou expectativa equivocada das funções do NASF. Essa perspectiva fortalece com mais intensidade processos de trabalho de encaminhamentos ou referenciamentos e menos de ações compartilhadas e de corresponsabilidade do cuidado.

[...] mas existe uma demanda muito grande nesta questão do atendimento individual. (P2B)

Só que o que tem acontecido muito com algumas equipes, não são todas, é uma lógica de encaminhamento: a gente passa o caso para vocês e vocês que resolvam. (P4C)

[...] a gente tenta proporcionar que o cuidado seja compartilhado, que não vire um centro de especialidade. (P3A)

As equipes de NASF pesquisadas, tal como diretrizes e evidências^{16,18,19}, defendem práticas discursivas em que seu trabalho priorize a contraposição ao modelo biomédico tradicional ou centrado no especialista, desejam focar-se com mais intensidade em práticas educativas ou preventivas.

Então o trabalho contra correnteza, que é de não entrar nesse modelo que não funciona o tradicional da nutrição clínica propriamente dito, e fazer com que as pessoas entendam que educação em saúde funciona, e funciona bastante para essas doenças crônicas não transmissíveis, para adesão do tratamento em função de formar um vínculo. (P1B)

Diretrizes da política de matriciamento orientam que o NASF busque o fortalecimento do vínculo do usuário à sua EqSF de referência na atenção primária, inclusive nos momentos em que realizam intervenções específicas de reabilitação ou visitas domiciliares^{15,17}. O NASF deve, sempre que possível, manter seu papel de apoiador da equipe básica, no entanto constitui-se um grande desafio segundo as práticas discursivas analisadas. Verifica-se, especialmente na discussão do caso de atenção a uma pessoa com deficiência escolhido pelas equipes, que as práticas discursivas das equipes procuram resgatar, manter e aperfeiçoar o vínculo do usuário com a EqSF de referência, até mesmo quando absorvem a demanda pelo atendimento especializado e passam a ser a referência (temporária) do cuidado do usuário. O acompanhamento do NASF não exclui os demais atendimentos realizados pela EqSF, mesmo quando o usuário é encaminhado para o cuidado especializado em

serviços de média e alta complexidade, como ocorre com usuários com deficiência em tratamentos de reabilitação.

Contrapondo-se a lógica predominante de encaminhamentos fundamentados exclusivamente em procedimentos de referência e contrarreferência, o NASF compõe as Redes de Atenção promovendo o cuidado integral, ampliado e continuado^{16,17,20}. A complexidade do cuidado em determinados casos relatados pelas equipes, pressupõe a interligação da rede em seus diversos pontos de atenção, sem perder a coordenação da referência de responsabilidade da EqSF na atenção primária. O conhecimento das demandas de saúde dos usuários no território de referência possibilita ao NASF matriciar a coordenação do cuidado da EqSF no trajeto do usuário nas redes de saúde e evitar que, por algum motivo, este fique desassistido ou perdido na busca dos serviços de saúde da rede. O matriciamento auxilia no aperfeiçoamento da comunicação entre os serviços da rede e diminui a própria fragmentação do cuidado.

[...] [o usuário] que é desligado enfim, de qualquer sistema de reabilitação, e a gente não fica sabendo, porque ele está sem atendimento, sem suporte nenhum. (P5B)

O apoio matricial exige que grande parte do processo de trabalho das equipes do NASF constitua-se em planejar como irá realizar o apoio da EqSF na gestão da produção do cuidado. As reuniões de equipe são meios usualmente utilizados para isso. Em local e horário reservados, os profissionais discutem casos, realizam análises e pesquisas e planejam ações, das questões administrativas e de educação permanente¹⁵. Segundo Dalla Vecchia, a potencialidade das reuniões de equipe está

[...] (a) na criação e desenvolvimento de uma cultura comum; (b) no planejamento e organização das atividades dos programas e do serviço; (c) no conhecimento e acompanhamento dos outros programas e atividades; (d) na obtenção de acordos sobre a organização institucional e o projeto assistencial (p. 119).²¹

Garantir o espaço da reunião em equipe significa aos profissionais exercer também o papel de gestor da saúde, compreendido para além da função de coordenação e de planejamento de ações, como referem Cunha e Campos,²² mas “uma ciência e uma arte da formação de compromisso e de contrato entre sujeitos com interesse, desejos e valores diferentes” (p.966). Enquanto perspectiva de trabalho, a gestão deve permitir um posicionamento autônomo dos envolvidos para problematizações sobre o fazer coletivo, colaborando para o trabalho em equipe de modo a possibilitar um cuidado da saúde que atenda às demandas dos usuários.^{23,24}

As práticas discursivas das equipes participantes do estudo demonstram um perfil autogestor do processo de trabalho: dedicam tempo para planejar ações de forma sistemática (semanalmente), escolhem em equipe os casos para matriciamento conforme as possibilidades técnicas dos profissionais e a demanda das EqSF, compartilham responsabilidades nas decisões e apoiam-se mutuamente. No entanto, ainda não conseguem ampliar as ações de educação permanente voltadas para as EqSF, a fim de estimular a autonomia nos casos.

Segunda-feira a gente inicia a nossa semana com reunião do NASF, acho que é o nosso, momento de se ver, acho que a gente consegue se organizar, de ver o que que a gente está fazendo, de ver o nosso trabalho né, de rever o nosso cotidiano, é nosso momento de encontro. (P1B)

Trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e a formação profissional

O trabalho em equipe, para além do agrupamento de pessoas que trabalham no mesmo espaço ou realizam atividades em conjunto, é entendido como trabalho coletivo estabelecido das interrelações dos sujeitos e das práticas profissionais envolvidas.²⁵ Ainda é muito presente no trabalho em equipe e nas relações multiprofissionais no SUS as fragmentações históricas e políticas inerentes aos processos de formação dos trabalhadores da saúde estruturados nos núcleos técnicos profissionais e com escassas experiências em atividades interprofissionais. Superar o desafio da prática interdisciplinar para efetivar o cuidado integral é o preconizado pelo SUS.^{19,21,26,27}

O cotidiano das práticas discursivas apresentado pelas equipes do estudo apresenta o desafio do trabalho interdisciplinar, enfatizado pelas dificuldades que a formação profissional com ênfase no núcleo técnico impõe. Mas, trata-se de um desafio enriquecedor dos processos de trabalho e que oportuniza crescimento pessoal e profissional.

[...] e a nossa formação que é muito voltada para o núcleo, a gente não é formado para trabalhar, para compartilhar cuidado, então é um exercício que a gente está o tempo todo fazendo. [...] Mas eu acho que tem toda uma questão histórica, eu penso assim, se a gente quer o cuidado integral ele não pode ficar sendo por núcleo de profissional, senão a gente não vai conseguir. (P3A)

[...] a gente sempre pensou em trabalhar de uma forma integrada. Claro que não é simples, a gente sabe que tem as agendas, que tem várias questões. [...] e o mais bacana disso é o quanto a gente aprende com o outro. (P1C)

A interdisciplinaridade no processo de trabalho em equipe se constitui com o tempo e os fatores que contribuem para isso são a estabilidade das relações de trabalho, o processo formativo dos sujeitos envolvidos e o modo como relacionam-se entre si. Ações interdisciplinares não se definem por si só e podem não ser tão frequentes, dependem das competências desenvolvidas para o trabalho dos profissionais, e se constituem conforme as necessidades e condições do contexto em que são demandadas.^{26,27} Entende-se que a interdisciplinaridade está “contida na práxis”.²⁸

Acho que isso facilita ao longo do tempo o teu trabalho no NASF, e aí tu saís daquela coisa, eu sou fisioterapeuta, eu só sei da fisioterapia, tu fazes algo com alguém, e aí tu escutas qual é o tipo de trabalho, qual é o tipo de prevenção, claro, não vai fazer intervenção pelo colega, mas tu consegues dá um suporte a partir do que tu vives com o teu colega também. (P3A)

Compreendendo a complexidade das dinâmicas

que constituem relações entre saberes e práticas profissionais, uma equipe multiprofissional pode ou não transigir da estrutura multidisciplinar básica para a interdisciplinar. Os núcleos profissionais contribuem para o processo de cuidado na saúde com a especificidade técnica da própria formação ou com o “novo” saber construído a partir das relações interpessoais e interprofissionais do trabalho coletivo.²⁹ A preservação e compartilhamento de saberes nucleares estão presentes nas práticas discursivas das equipes do estudo, mas também demonstram esclarecimento quanto ao papel de conhecimentos e processos interdisciplinares de trabalho. Há um posicionamento político em prol das novas dinâmicas interdisciplinares de trabalho, como demonstrado no diálogo a seguir:

[...] e a gente troca esses saberes e as sensações e as percepções. A gente compartilha e aprende muito uma com as outras. Eu acho isso, a gente é flexível, a gente é aberto a aprender umas com as outras. Isso eu vejo como uma grande força da nossa equipe. Certo, eu estou disposta, eu não quero ser só nutricionista, eu quero entender o que a psicologia faz com aquela pessoa e o que elas podem me ensinar para eu também ajudar aquela pessoa enquanto nutricionista, no meu núcleo, não fugindo do meu núcleo. Mas dentro do meu núcleo, o que eu posso acrescentar da psicologia, da fisioterapia, da assistência social, para eu poder melhorar o meu trabalho com aquele determinado usuário. [...] (P1B)

[...] A gente já foge um pouco do nosso quadrado, a gente já consegue avaliar um pouco do quadrado do outro, a gente vai se qualificando nesse sentido. A gente já tem esse feeling já de não é só aqui [...] (P3B)

[...] de apreender, a gente tem isso, a humildade de estar sempre apreendendo, [...]. (P1B)

Entre as diretrizes dos NASF encontra-se o incentivo às ações de educação permanente em saúde para a produção de práticas de cuidado, a partir da lógica da integralidade e da clínica ampliada, envolvendo o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade.^{4,15,17,30} O próprio processo de transformação vivenciado pelas equipes de NASF será considerado como modelo e meio de promoção da prática interdisciplinar nas EqSF. O cuidado em saúde fundamentado em relações interdisciplinares das EqSF impacta na resolução de problemas nos casos de pessoas com deficiência.

Eu acho que é isso que a gente precisa investir cada vez mais, que a gente já faz, que é poder mostrar para as equipes que, sim, a gente pode aprender com o outro e isso não quer dizer que a gente vá invadir o espaço da outra área profissional. Acho que isso é um grande desafio e que a gente tenta fazer isso em equipe, poder estar atento para poder aprender com o outro, e nem sempre vai estar todos nós juntos, e nem sempre precisa estar todos juntos. (P1C)

As práticas de educação permanente na saúde são reconhecidas como problematizadoras do processo de trabalho o que possibilita transformações dos processos de trabalho.^{31,32} No entanto, entre as práticas

discursivas das equipes no estudo, as possibilidades de desenvolver ações de educação permanente em saúde são raras. As equipes encontram dificuldades em incorporar educação permanente em saúde nos processos de trabalho e matriciamento junto às EqSF, embora reconheçam a importância e necessidade.

[...] a gente tem que investir mais na educação permanente, que é uma coisa que a gente, por demanda, foi deixando um pouquinho de lado. Mas, que a gente percebe que, assim, hoje vem um caso, amanhã vem um caso muito semelhante e que as pessoas continuam com as mesmas dúvidas. Então, trabalhar em cima dessa autonomia. (P2C)

NASF e a gestão do cuidado da pessoa com deficiência

O cuidado em saúde não se resume em produzir ações em saúde recorrendo-se somente a procedimentos e técnicas. O cuidado em saúde implica em compreender e atuar sobre a complexidade da demanda do usuário, a fim de impactar na funcionalidade da vida.^{18,33} O NASF tem como missão realizar a gestão do cuidado de forma compartilhada com a EqSF, tornando-se responsável por articular os diversos pontos e sujeitos nas redes de atenção num processo de produção do cuidado integral e humanizado da saúde.^{15-17,34}

Por meio da análise das práticas discursivas estudadas foi possível perceber que as equipes de NASF possuem a compreensão do cuidado ampliado à saúde e buscam exercer a gestão de forma a contemplar a integralidade dos casos apoiados. Nos casos das pessoas com deficiência o cuidado não pode se restringir ao especialista em reabilitação.

Então assim, é muito mais do que a reabilitação. A gente entende que é ela [a pessoa com deficiência] participar da sociedade. (P3B)

Entende-se que as ações de Reabilitação estão voltadas para redução da incapacidade e da deficiência e melhora do desempenho funcional para a inclusão social da pessoa com deficiência.³⁵ A demanda de reabilitação das pessoas com deficiências é direcionada aos especialistas frequentemente como tentativa de agilizar a resolução da deficiência e isso se constitui também a relação entre EqSF e NASF.³⁶ Pode-se compreender a demanda por especialidade direcionada ao NASF diante da escassez de serviços especializados para reabilitação e dificuldades burocráticas dos encaminhamentos para a rede disponível.³⁷

No entanto, compreende-se que também é possível ampliar o acesso ao processo de reabilitação das pessoas com deficiência por meio de ações na atenção primária em saúde.^{18,35} Entre as temáticas sobre reabilitação na atenção primária que devem ser priorizadas nas orientações do NASF para as EqSF cuidadores e pessoas com deficiência, destacam-se: atividades da vida diária; adaptações ou posicionamentos para o desempenho funcional do usuário; manuseio dos equipamentos utilizados pelas pessoas com deficiência; encaminhamentos para os procedimentos de solicitação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; ações intersetoriais para a inclusão no meio escolar, laboral ou social; Plano Terapêutico Singular (PTS) e o

Projeto de Saúde no Território (PST).¹⁷

Na discussão dos casos de pessoa com deficiência apresentados nos grupos focais, as práticas discursivas apontaram práticas de reabilitação: reuniões intersetoriais, visitas e atendimentos domiciliares dos usuários com deficiência, orientação aos cuidadores e encaminhamentos para aquisição de órteses e meios auxiliares de locomoção. Embora ainda centradas no atendimento individualizado, as práticas discursivas demonstram preocupação das equipes em reorientar o cuidado das pessoas com deficiência para às EqSF e que as ações de educação permanente podem auxiliar no processo de centralização do cuidado pela ESF.

As práticas discursivas do estudo demonstraram que as equipes do NASF identificaram as demandas de usuários com deficiência do território, embora nenhuma tenha realizado um diagnóstico territorial específico para definir o perfil da população. A maior demanda foi de usuários crônicos com sequelas físicas e neurológicas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), diabetes e acidentes que necessitam de reabilitação física e também de equipamentos de locomoção, órteses e próteses. A deficiência intelectual também esteve entre as principais demandas, e dentre elas destacaram-se o autismo e déficits cognitivos de diversas origens. Demandas de linguagem foram mencionadas como casos frequentes de encaminhamentos para acompanhamento do NASF.

Especialmente nos casos infantis as práticas discursivas apontaram para a dificuldade de identificação precoce da deficiência e que isso interferiu no planejamento do acompanhamento adequado. Muitas vezes, a busca por reabilitação só foi feita no período escolar da criança quando a mesma apresentou dificuldades no aprendizado. O papel do NASF, nesses casos, é auxiliar na definição do diagnóstico e planejamento de intervenção terapêutica precoce, além de ações de educação permanente para EqSF e comunidade.¹⁵⁻¹⁷

[...] a gente não consegue acompanhar e a gente recebe quando essas crianças entram em idade escolar. (P1B)

O uso da ferramenta tecnológica do PST para a análise das demandas e reconhecimento dos recursos disponíveis permitiria ao NASF uma visão ampliada das possibilidades de cuidado às pessoas com deficiência.^{16,17} Independente do PST não ser realizado formalmente, as práticas discursivas das equipes de NASF demonstraram o conhecimento dos pontos de assistência especializada disponíveis. As Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES) são usadas como referência para a reabilitação intelectual (e também física, em alguns casos), mencionaram alguns hospitais que atuam como referência para a reabilitação auditiva e visual e também o serviço que foi referência para a reabilitação física.

A gestão do cuidado em saúde também se dá por intermédio da intersetorialidade. É um entendimento que propicia às equipes de saúde ampliarem suas estratégias de atuação, considerando parcerias de trabalho para solução dos casos.^{26,36,38} A pessoa com deficiência também circula pelos diversos espaços da sociedade: é usuário dos serviços de saúde, dos programas de assistência social, interage nos espaços de lazer, nos

ambientes escolares, entre outros. As equipes reconhecem que devido à complexidade do cuidado da pessoa com deficiência a interface das políticas de educação e de assistência social se apresentam e exigem posição mais aberta e conhecimento específico para a condução dos casos. Nas práticas discursivas apresentadas foi possível identificar ligações de maior relação com escolas, CRAS, CREAS, CAPS e Ministério Público.

As práticas discursivas do presente estudo expõem as fragilidades na gestão municipal da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência pela ausência de ações voltadas ao cuidado e a articulação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, bem como reforçam a necessidade de apoio dos gestores municipais para que possam desenvolver ações com mais efetividade. Mas, as fragilidades e limitações não impediram que, as equipes dos NASF oferecessem suporte às EqSF para os cuidados da pessoa com deficiência.

Sempre que tem uma situação que exija cuidado [da pessoa com deficiência], a gente de alguma maneira conseguiu disponibilizar o cuidado [...]. O que precisa, não tem o fluxo para isso, [...] cada vez que aparece se constrói esse caminho. Essas pessoas, quando chegam, não ficam desassistidas. Acho que isso é o mais importante. (P2A)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo contribuiu para compreensão do processo de trabalho das equipes de NASF com relação ao cuidado das pessoas com deficiência, oferecendo perspectivas para gestão do cuidado.

A análises realizadas permitem concluir que as equipes de NASF estudadas possuem qualificação profissional e mobilizam processos de trabalho para uma prática em direção ao cumprimento das diretrizes e normativas preconizadas pelo SUS. No entanto, no cotidiano de trabalho, enfrentam desafios de um sistema de saúde que ainda precisa aprender e praticar a produção do cuidado de forma integral e humanizada, a partir de uma gestão compartilhada.

A gestão municipal mediante da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência valoriza o trabalho das equipes de NASF ao reconhecer as competências que possui de articulador e ordenador do cuidado nas redes de saúde. Portanto, garantir a efetividade das ações da política permite uma articulação dos sujeitos interessados no cuidado da saúde da pessoa com deficiência.

A proximidade do NASF com o território dos usuários de saúde e com a EqSF de referência pode ser o diferencial para o cuidado das pessoas com deficiência, seja realizando apoio matricial para EqSF, seja pela intervenção pontual na reabilitação ou até pela qualificação dos encaminhamentos necessários.

O apoio matricial, embora uma ferramenta tecnológica de cuidado presente no processo de trabalho das equipes de NASF, ainda precisa contemplar toda sua potencialidade, em especial com relação às práticas de educação permanente em saúde. O NASF também exerce a gestão de apoio às EqSF, mobilizando práticas de educação permanente em saúde e contemplando o cuidado da pessoa com deficiência.

O trabalho em equipe no NASF, pela essência interdisciplinar, permite transcender o paradigma do modelo biomédico e gerar novas possibilidades de cuidado que atendam às demandas de saúde das pessoas com deficiência também na atenção primária. A dinâmica interdisciplinar no NASF favorece o cuidado integral das pessoas com deficiência visando a superação da deficiência e a emancipação dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

1. Viegas SMDF, Penna CMDM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [citado 8 de Novembro de 2016];17(1):133–41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019&lng=pt&nrm=iso&tling=en
2. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
3. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde Soc [Internet]. 2011 [citado 25 de Junho de 2016];20(4):867–74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005
4. Brasil. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet]. 2008. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
5. Brasil. Portaria no 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades. [Internet]. Brasil.; 2012 p. 3626–33. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/30/Rename-2014-v2.pdf>
6. Interdonato GC, Greguol M. Promoção da Saúde de Pessoas com Deficiência: uma revisão sistemática. HU Rev [Internet]. 2012 [citado 8 de Novembro de 2016];37(3):369–75. Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/1661/582>
7. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 3.a ed. Porto Alegre: Bookman; 2010. 212 p.
8. Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009. 216 p.
9. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Porto Alegre: Penso; 2016. 313 p.
10. Fischer RMB. Foucault e a análise do discurso em educação. Cad Pesqui [Internet]. 2001 [citado 11 de Março de 2017];114:197–223. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/n114/a09n114.pdf>
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012 do CNS: trata de pesquisas em seres humanos. 2012;59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Campos GW de S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 [citado 24 de Outubro de 2016];23(2):399–407. doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016
13. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, Caixeta CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF). Texto e Context Enferm [Internet]. 2016 [citado 27 de Setembro de 2016];25(1):1–9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-2810014.pdf

14. Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, Branco CEC, Neto JDA, Moreira AKF, et al. Avaliação da atuação do núcleo de apoio à família. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 11 de Novembro de 2014 [citado 28 de Julho de 2015];27(2):224–31. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2426>
15. Brasil. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [Internet]. Cadernos d. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 15 de Julho de 2016]. 116 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
16. Santos ML de M dos, Kodjaoglanian VL, Ferrari FP. O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes [Internet]. Santos ML de M dos, Kodjaoglanian VL, Ferrari FP, editores. Porto Alegre: Rede Unida; 2016 [citado 30 de Junho de 2016]. 178 p. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-cadernos-de-saude-coletiva/o-nasf-em-cena-tecnologias-e-ferramentas-de-trabalho-no-cotidiano-das-equipes-edicao-tematica-nasf-pdf/view>
17. Brasil. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. [Internet]. Caderno de. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 22 de Março de 2016]. 152 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf
18. Souza AM, Pimentel F dos R. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. Cad Ter Ocup UFSCar [Internet]. 2012 [citado 27 de Julho de 2016];20(2):229–37. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.024>
19. Nascimento DDG do, Oliveira MADC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde [Internet]. 2010 [citado 8 de Setembro de 2016];34(1):92–6. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf
20. Lancman S, Gonçalves RMDA, Cordone NG, Barros JDO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev Saude Publica [Internet]. 2013 [citado 23 de Junho de 2016];47(5):968–75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000500968&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
21. Dalla Vecchia M. Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos [Internet]. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2012 [citado 6 de Março de 2016]. 133 p. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/109238/ISBN9788579833571.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Cunha GT, Campos GWDS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saude e Soc [Internet]. 2011 [citado 1 de Maio de 2016];20(4):961–70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>
23. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc saúde coletiva 1999;4(2):305–14.
24. Souza WF De, Athayde M. Com quantos gestos se faz uma gestão em saúde ? Tempus - Actas Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [citado 25 de Novembro de 2016];5(1):135–57. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/923/933>
25. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde : conceito e tipologia * Multiprofessional healthcare team : concept and typology. Rev Saúde Pública [Internet]. 2001 [citado 7 de Março de 2017];35(1):103–9. Disponível em: http://www.uff.br/tcs2/imagens/stories/Arquivos/textos_4p/trabalho_em_equipe/Peduzzi_2001.pdf
26. Almeida MCP De, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo «novas autonomias» no trabalho. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2001 [citado 25 de Novembro de 2016];5(9):150–3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>
27. Scherer MD dos A, Pires DEP de, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, [Internet]. 2013 [citado 15 de Setembro de 2016];18(11):3203–12. doi: 10.1590/S1413-81232013001100011
28. Scherer MD dos A, Pires D. Interdisciplinaridade : processo de conhecimento e ação. Rev Tempus Actas Saúde Col [Internet]. 2011 [citado 12 de Julho de 2016];5(1):69–84. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/919>
29. Souza AIS de, Oliveira LML de, Castro MM de C e. O trabalho coletivo e as profissões de saúde. Rev Tempus Actas Saúde Col [Internet]. 2011 [citado 3 de Outubro de 2016];5(1):105–21. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/921>
30. Nascimento D Do, Oliveira MADC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde, São Paulo [Internet]. 2010;34(1):92–6. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf
31. Lima JVC de, Turini B, Carvalho BG, Nunes E de FPA, Lepre R de L, Mainardes P, et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. Trab educ saúde [Internet]. 2010 [citado 8 de Fevereiro de 2016];8(2):207–27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000200003&script=sci_abstract
32. Miccas FL, Batista SHS da S. Educação permanente em saúde: metassíntese Permanent education in health: a review. Rev Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 1 de Janeiro de 2017];48(1):170–85. Disponível em: www.scielo.br/rsp
33. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Cien Saude Colet [Internet]. 1999 [citado 18 de Agosto de 2016];4(2):305–14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006
34. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Em: Ver-SUS Brasil: caderno de textos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 17 de Julho de 2016]. p. 110–38. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf
35. Rocha EF, Souza CCBX de. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. Rev Ter Ocup Univ São Paulo [Internet]. 2011 [citado 13 de Março de 2017];5360–160. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14118/15936>
36. Matuda CG, Pinto NR da S, Martins CL, Frazao P. Colaboracao interprofissional na Estrategia Saude da Familia: implicacoes para a producao do cuidado e a gestao do trabalho. Cien Saude Colet [Internet]. 28 de Janeiro de 2015 [citado 14 de Maio de 2016];20(8):2511–21. doi: 10.1590/1413-81232015208.11652014
37. Gonçalves RM de A, Lancman S, Sznclwar LI, Cordone NG,

Barros J de O. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Introdução. Rev bras Saúde ocup [Internet]. 2015 [citado 8 de Setembro de 2016];40(131):59–74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>

38. Ayres JRDCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Soc [Internet]. 2004 [citado 8 de Abril de 2016];13(3):16–29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>

Como citar: PFLUCK, Nátali Carina Dolvitsch; WARMLING, Cristine Maria. Núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado da saúde da pessoa com deficiência. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 18, dez. 2017. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/11149>>. Acesso em: 16 jan. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i0.11149>.